

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

2.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 2 OTTOBRE 2003

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA BURANI PROCACCINI

COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER L'INFANZIA

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

2.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 2 OTTOBRE 2003

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIA BURANI PROCACCINI

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Burani Procaccini Maria, <i>Presidente</i>	2, 5
Burani Procaccini Maria, <i>Presidente</i>	2		6, 12, 16
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA COPERTURA VACCINALE IN ETÀ PEDIATRICA E SULLA OSPEDALIZZAZIONE DEI BAMBINI AFFETTI DA MALATTIE INFETTIVE		Capitelli Piera (DS-U)	12
Audizione della dottoressa Stefania Salmaso, direttore del reparto malattie infettive - centro nazionale epidemiologico dell'Istituto Superiore di Sanità:		De Francis Alessandro (Misto-UDEUR-PPE)	6, 14
		Rotondo Antonio (DS-U)	8
		Salmaso Stefania, <i>Direttore del reparto malattie infettive - centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità</i> .	2, 5, 7 8, 10, 12, 13, 15, 16
		Valpiana Tiziana (RC)	9, 10, 12

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
MARIA BURANI PROCACCINI

La seduta comincia alle 14,15.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna verrà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione della dottoressa Stefania Salmaso, direttore del reparto malattie infettive – centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla copertura vaccinale in età pediatrica e sulla ospedalizzazione dei bambini affetti da malattie infettive, l'audizione della dottoressa Stefania Salmaso, direttore del reparto malattie infettive – centro nazionale epidemiologico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Ringrazio la dottoressa Stefania Salmaso per la sua presenza e, nel darle la parola per il suo intervento introduttivo, ricordo ai colleghi che la nostra ospite ha trasmesso alla Commissione della documentazione che i nostri uffici provvederanno a distribuire a tutti commissari.

STEFANIA SALMASO, *Direttore del reparto malattie infettive – centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità.* Ringrazio i componenti della Commissione per l'invito. Lavoro all'Istituto superiore di sanità, dove mi occupo di malattie infettive e della loro prevenzione. Da molti anni stiamo raccogliendo le evidenze scientifiche che speriamo siano di supporto a conseguenti azioni di sanità pubblica su questo tema. Oggi vorrei fare il punto su un problema relativo alle vaccinazioni: la storia delle vaccinazioni in Italia è legata alla prevenzione nella sanità pubblica che in passato ci ha fatto molto onore. Questo sistema è però rimasto aderente ad una attività svolta quasi per mansione più che per obiettivo. In realtà, le vaccinazioni sono la garanzia per i bambini italiani di essere protetti da malattie gravi, contagiose e molto frequenti.

Esiste un decreto ministeriale, allegato anche alla documentazione che abbiamo trasmesso alla Commissione, che riporta il calendario delle vaccinazioni raccomandate in età pediatrica. Si tratta in pratica dell'indicazione fornita dal Ministero della salute, in accordo con le altre parti competenti, su quali siano le vaccinazioni da raccomandare e quali quelle da effettuare obbligatoriamente. La distinzione tra vaccinazione obbligatoria e non obbligatoria è attualmente quanto mai obsoleta: l'obbligo vaccinale era legato ad un momento storico contingente italiano proprio per garantire che tutti i nati (in qualsiasi parte del territorio nazionale) avessero diritto alla prevenzione ed alla salute, non certo per una imposizione che privi il cittadino della propria libertà.

Del resto, l'importanza delle vaccinazioni soggette ad obbligo è stata percepita anche dalla popolazione, la quale ha er-

roneamente ritenuto che, se lo Stato non si preoccupava di introdurre un obbligo, la vaccinazione non fosse importante. Nel momento in cui l'obbligo non è stato più uno strumento a supporto legislativo, a supporto dell'offerta vaccinale, ne è conseguita un'insufficiente accettazione delle vaccinazioni.

Quindi, fermi restando i punti fondamentali dell'offerta delle vaccinazioni, va sottolineato che nel paese si è creata un'ottima rete di servizi per la fornitura delle vaccinazioni, mentre siamo invece molto carenti per quanto riguarda la parte informativa relativamente al numero dei bambini vaccinati, non tanto per le vaccinazioni dell'obbligo (alle quali una certa quota ancora sfugge) quanto, piuttosto, per tutte quelle vaccinazioni che non vengono dettate da obblighi di legge.

Questo ci crea dei problemi: restano infatti esclusi determinati gruppi di popolazione che rimangono suscettibili e che costituiscono anche il terreno su cui continuano a circolare gli agenti patogeni e che rappresentano pertanto il punto di partenza per lo sviluppo di estese epidemie. Ovviamente, un discorso del genere può essere chiarito ricorrendo all'esempio di una patologia molto comune come il morbillo. Lo scorso anno si è verificata un'epidemia di morbillo di notevole entità causata da una attività di vaccinazione incompleta, subottimale. Non si tratta di vaccinare « solo un po' » o « più o meno »; con le vaccinazioni in realtà si cerca effettivamente di spostare il bilancio salute-ambiente a favore delle persone, dei bambini. Se poi questo intervento è moderato, non raggiunge lo scopo di vaccinare un sufficiente numero di persone si creano delle situazioni potenzialmente dannose.

Sottolineo poi la mancanza di registri delle vaccinazioni, o meglio di anagrafi vaccinali; in realtà, non vogliamo sapere quante dosi vengono somministrate ma chi è stato vaccinato e chi no, per poter comprendere chi sono gli individui ancora suscettibili. La mancanza di azioni coordinate ci ha fatto comprendere l'importanza di attivare delle indagini campiona-

rie da realizzarsi però contemporaneamente sul territorio nazionale. Mi riferisco alle indagini sulla copertura nazionale denominate ICONA che l'Istituto superiore di sanità coordina ormai da alcuni anni in collaborazione con le regioni.

Essenzialmente sul territorio sono state condotte due indagini di questo tipo, a distanza di cinque anni l'una dall'altra. Queste rappresentano ancora oggi il punto di riferimento e di confronto per conoscere la proporzione di bambini vaccinati rispetto ai dati routinari sulle dosi somministrate, che però non tengono mai conto della popolazione presente. Tuttavia le indagini ICONA sono indagini campionarie, quindi in realtà sono solo indicative della situazione. Nella parte iniziale della nostra documentazione potete notare come l'indagine ICONA svolta nel 1998 abbia evidenziato l'esistenza di una proporzione abbastanza elevata di bambini vaccinati con le così dette vaccinazioni dell'obbligo (difterite, tetano ed epatite B). Mentre per morbillo ed *haemophilus influenzae* tipo B emerge una proporzione di vaccinazioni subottimali.

Abbiamo ripetuto questa indagine nel 2003 ed abbiamo rilevato che la proporzione di bambini vaccinati è aumentata anche se, in riferimento alla proporzione ottimale da raggiungere, ci troviamo ancora a livelli subottimali.

Cito ora alcuni dati relativi all'indagine ICONA 2003 sulla copertura vaccinale che potete consultare anche nella tabella 1 della nostra documentazione; si tratta di dati - anche se ancora incompleti - che riguardano i bambini ai 12 e i 24 mesi di vita che hanno completato il ciclo primario delle vaccinazione contro polio, difterite, pertosse, epatite B, *haemophilus influenzae* e morbillo-parotite-rosolia (MPR).

Vi è una distribuzione regionale abbastanza uniforme, tranne che per l'ultima colonna della tabella, che riguarda l'MPR, il cui totale è soltanto 77 per cento. Il dato si riferisce ai bambini nel secondo anno di vita.

La tabella 2 indica la proporzione stimata sui bambini al compimento del primo anno di vita ed in questo caso tutte

le proporzioni si abbassano. Se un bambino non viene vaccinato, rispettando il calendario vaccinale, rimane nel suo stato di suscettibilità per molti mesi inutilmente e, di fatto, costituisce un pericolo per sé e per la comunità.

Il grafico successivo indica la proporzione di bambini vaccinati a 12 mesi e quelli che vengono vaccinati al completamento del secondo anno. Al compimento del primo anno i bambini avrebbero dovuto essere tutti vaccinati, in realtà esiste un forte « scalino ». Questi ritardi nella vaccinazione esistono per cattiva informazione, ma anche perché i servizi, non avendo un'anagrafe vaccinale, non effettuano gli inviti attivi.

Seppure in Italia la proporzione dei vaccinati non raggiunge un livello ottimale, esiste anche una non omogeneità, una difformità a livello del territorio, come indicato nella figura successiva, dove è rappresentata una cartina in cui la proporzione dei bambini vaccinati contro il morbillo è evidenziata a livello regionale. Ne emerge che non è vero che tutti i bambini sul territorio nazionale hanno la stessa probabilità di essere protetti contro queste malattie. Ad esempio, nella regione Lazio il dato è piuttosto sconsolante: i bambini vaccinati contro il morbillo sono il 60 per cento, mentre la quota minima per interrompere la trasmissione della malattia è 95 per cento. Se per ogni corte di nascita viene vaccinato soltanto il 60 per cento dei nati, il 40 per cento rimane suscettibile. Nel giro di tre anni avremo l'equivalente di un'intera corte di nascita suscettibile, con un'accumulo numerico nel tempo che rappresenta la causa dell'innescarsi di una epidemia di morbillo come quella verificatasi lo scorso anno nella regione Campania, dove abbiamo stimato quarantamila casi di morbillo, quattro decessi (tre dei quali riguardanti bambini completamente sani e uno in un soggetto di sindrome Down), 600 ricoveri e 15 casi di encefalite. Morire di morbillo, in Italia, nel 2003, è inaccettabile per la sanità pubblica.

Il vaccino è disponibile nel nostro paese dagli anni settanta, ma manca un'azione

coordinata che permetta a tutti di raggiungere un obiettivo prefissato. Non si deve lavorare per mansioni, ma per obiettivi. In questa situazione specifica, riguardante il morbillo, i tecnici delle varie regioni si sono trovati ad affrontare un'emergenza che li ha portati a condividere la scelta di un piano per l'eliminazione del morbillo. Proprio in questi giorni dovrebbe essere in discussione alla Conferenza Stato-regioni un piano portato dalle regioni allo Stato, per raggiungere un accordo sulle attività da effettuare, in sincrono, in tutta Italia.

Il vantaggio è evidente. Effettuare la vaccinazione in una regione (soprattutto in un momento in cui la sanità è devoluta alla responsabilità locale, e la prevenzione e l'intervento divengono anch'esse responsabilità locali) e non effettuarla in un'altra o effettuare vaccinazioni diverse nelle regioni rappresenta un problema facilmente intuibile, dato che le malattie infettive non riconoscono confini di Stati e tanto meno di regioni.

Manca un'azione coordinata e una dichiarata intenzione di dotarsi degli stessi strumenti. In Italia gli strumenti necessari sono l'istituzione di anagrafi vaccinali (non di registri di vaccinazione, dai quali non emerge quali siano i bambini che non si sono presentati e non un'anagrafe nazionale che sarebbe impensabile) che possano colloquiare tra di loro, in modo che il singolo cittadino su tutto il territorio sia protetto, la sua storia vaccinale possa essere rintracciata ed i suscettibili possano ricevere l'offerta di vaccinazione.

Manca, inoltre, il miglioramento dell'attività di sorveglianza dell'evento che intendiamo prevenire. Se vogliamo dimostrare che la vaccinazione ha fatto effetto dobbiamo essere tempestivi nella rilevazione, nell'identificazione ed in particolare nell'identificazione delle cause che permettono la circolazione di malattie che ci auguravamo fossero quasi annullate.

L'Istituto superiore di sanità sta cercando di essere a fianco delle regioni e delle istituzioni che si occupano di instaurare un coordinamento forte fornendo evidenze come lo studio ICONA o come,

per quanto riguarda la circolazione delle malattie, con una rete nazionale di pediatri sentinella. L'Istituto coordina una rete chiamata Spes in cui i pediatri di libera scelta su base volontaria inviano tutti i mesi tramite posta elettronica o fax, il numero di casi osservati di talune malattie. In questo modo, ogni mese sappiamo quanti casi, ad esempio di morbillo, si determinano in ogni regione, in modo da tracciare una mappa.

Particolarmente importante in Italia è anche la prevenzione della rosolia congenita. La vaccinazione contro il morbillo viene effettuata attraverso un vaccino trivalente, riguardante morbillo, parotite e rosolia. La rosolia non è percepita come una malattia seria, ma in realtà comporta un rischio di rosolia congenita. Ricordo brevemente che la rosolia congenita comporta cecità, sordità, cardiopatia, segni e sintomi particolarmente gravi, che sappiamo avrebbero potuto essere prevenuti. La vaccinazione selettiva praticata in Italia per tanti anni non è idonea a prevenire i casi di rosolia congenita perché non interrompe la circolazione della rosolia. Finché non avremo la certezza di aver vaccinato la totalità delle donne in età feconda, non potremo assolutamente essere sicuri di averla prevenuta.

Stiamo raccogliendo evidenze riguardo alla frequenza della rosolia congenita, perché non abbiamo un sistema di sorveglianza *ad hoc* e non sappiamo, quindi, quanti di questi eventi si verificano in Italia. Sarebbe opportuna l'esistenza di un sistema di sorveglianza speciale, introdotto a livello nazionale, di notifica della rosolia congenita tra le malattie infettive in classe terza.

Ho allegato alla presentazione distribuita due esempi delle evidenze che stiamo raccogliendo. La prima riguarda un *cluster* di infezioni di rosolia in gravidanza, documentato dal policlinico San Matteo di Pavia nel 2002, in cui emerge che tredici infezioni acute diagnosticate in gravidanza hanno condotto a quattro interruzioni volontarie di gravidanza, due morti spontanee in utero, due neonati con rosolia congenita e soltanto quattro casi di

neonati non infetti. Abbiamo questi dati soltanto perché qualcuno, spontaneamente, si è assunto il compito di documentarlo.

Il grafico successivo mostra la frequenza di rosolia congenita in Campania rispetto alla circolazione della rosolia dei bambini. L'epidemia di rosolia tra i bambini, che sembra innocua, conduce alla comparsa di casi di rosolia congenita.

Infine, nell'ultima pagina della relazione ho elencato quali interventi debbano essere portati all'attenzione della Commissione: il mantenimento della gratuità dell'offerta vaccinale, trattandosi di un diritto per tutti, almeno per le vaccinazioni previste nel calendario vaccinale (per le altre vaccinazioni raggiungere una azione concordata significa concordare le priorità, aspetto scientificamente fattibile); l'istituzione in tutte le ASL di un sistema informatizzato per la registrazione delle vaccinazioni rapportato alla popolazione (quindi un'anagrafe e non un registro di vaccinazioni, che permetta di misurare anche gli obiettivi raggiunti); il miglioramento delle attività di sorveglianza delle malattie infettive (facendo sì che la sanità pubblica si doti di tutti gli strumenti oggi a disposizione, compresi quelli telematici per monitorare quanto avviene sul territorio); la regolare valutazione delle attività svolte ed il « ritorno » delle informazioni sia agli operatori nazionali sia alla popolazione e l'istituzione di un centro di coordinamento nazionale.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Salmaso per la sua illustrazione. Prima di passare agli interventi da parte dei colleghi, vorrei porre una domanda in qualità di cittadino qualsiasi e non di medico. Quando lei parla di rosolia congenita, si riferisce alla patologia che contrae la madre in gravidanza?

STEFANIA SALMASO. *Direttore del reparto malattie infettive — centro nazionale di epidemiologia dell'istituto superiore di sanità.* Parlo di quella infezione contratta in gravidanza che porta di fatto ad un'infezione del prodotto del concepimento. Il

bambino, cioè, nasce con un'infezione in corso (un'infezione che il neonato ha acquisito in utero dalla madre).

PRESIDENTE. La ringrazio per il chiarimento. Passiamo ora agli interventi da parte dei colleghi.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Ringrazio innanzitutto la dottoressa Salmaso per la chiarezza nell'esporre la tematica in discussione e per il materiale che ci ha fornito.

Saremmo interessati ad ascoltare qualcosa anche sugli eventuali effetti collaterali e/o indesiderati delle vaccinazioni in generale, perchè questo è forse il principale argomento utilizzato da chi, invece, si pone in maniera critica rispetto al problema delle vaccinazioni in genere e di quelle consigliate in età pediatrica.

Vorrei poi domandare al presidente se ritiene possibile accludere il materiale fornitoci alla relazione finale che la Commissione dovrà redigere. Ritengo, infatti, che la documentazione presentata sia molto preziosa e ricca di dati recenti (peraltro fornitici da un organismo tecnico dello Stato). Da essa emerge senz'altro l'importanza della necessità di una riconsiderazione, già prospettata in occasione delle precedenti audizioni svoltesi, per fare finalmente qualcosa sul piano della circolazione dei dati tra i diversi centri di responsabilità.

Infatti, pur potendo contare in ogni caso su di un Istituto superiore (anche se, in qualche modo, a ranghi ormai ridotti per le note vicende che, alla fine della scorsa legislatura, hanno portato prima alla soppressione del Ministero della sanità e poi alla istituzione di un Ministero della salute), siamo di fronte ad una progressiva e ormai inarrestabile devoluzione di ogni scelta strategico-politica alle regioni.

Vi è un dato, già emerso in precedenza, per il quale, mentre l'Europa cerca addirittura su scala sovranazionale di coordinarsi in tema di malattie infettive (le quali, certamente, non conoscono le barriere del singolo comune), in Italia, scelte impor-

tanti come le vaccinazioni rischiano di rimanere ormai nella disponibilità, se non del singolo distretto sanitario, di ogni regione. Quindi, l'attenzione va puntata sulla necessità di comunicare e, in tal senso, desideravo domandare alla dottoressa Salmaso se all'Istituto superiore di sanità ci si è posti questo problema. In altre parole, negli ultimi anni si è avviato, esiste, si è parlato di un qualche progetto che può andare oltre il lavoro di volontariato dei pediatri sentinella?

Per esempio, si è mai pensato ad incentivare in qualche modo i medici e i pediatri di famiglia a collaborare meglio con la rete di informazione?

In secondo luogo, lei ci presenta oggi dati molto recenti, che ritengo solidi e ben sostenuti da ricerche in tal senso ma, dal punto di vista delle indagini epidemiologiche condotte, sono emersi dei punti (non parlo solo dei risultati, ai quali potremmo naturalmente accedere, o che lei stessa potrebbe indicarci o eventualmente inviare alla segreteria della Commissione) che, a suo avviso, possono essere migliorati dal Parlamento nazionale?

Il suo interlocutore (così come degli altri esperti che saranno auditi) è costituito dall'Assemblea elettiva, la quale dovrebbe essere al centro della vita dello Stato. Tuttavia, abbiamo già ricordato che, nel caso della sanità, c'è il « problema » delle regioni e, per questo motivo, ricordo che bisognerebbe sempre conformare la nostra attenzione e le vostre proposte ai reali poteri che si hanno sapendo che (in questo la presidente Burani Procaccini fu molto chiara) potremmo anche immaginare, nei mesi che verranno, di procedere verso la conclusione di questi lavori con un'iniziativa legislativa, portata avanti corralmente dai vari gruppi che fanno parte del Parlamento in collaborazione tra loro, ma senza dimenticare che non possiamo togliere alle regioni prerogative da poco acquisite.

È possibile che in qualche studio epidemiologico o in qualche ricerca sia emerso qualche elemento utile? Per esempio, i LEA (vedo che sono da lei riportati) sono materia del Parlamento e, almeno

come livelli essenziali, sono affidati alla riflessione dello stesso nell'ambito del Piano sanitario nazionale.

Ancora, per quanto riguarda il tema dello scambio di comunicazioni ed informazioni, è possibile immaginare che, attraverso qualche strumento, se non del « ridotto » Ministero della salute, magari di un potenziato Istituto superiore della sanità, si possa procedere in tal senso?

Lei può fornirci elementi che, a suo avviso e per la sua esperienza, ritiene concreti e sui quali il Parlamento può muoversi con qualche ragionevole possibilità di pervenire in termini concreti ad una conclusione?

STEFANIA SALMASO. *Direttore del reparto malattie infettive - centro nazionale epidemiologico dell'istituto superiore di sanità.* La ringrazio per la serie di domande poste e assolutamente pertinenti.

Per quanto riguarda la possibilità di proporre qualcosa di concreto, si potrebbe, per esempio, cominciare con l'introduzione della notifica dei casi di rosolia congenita (o della segnalazione di tali casi) visto che, in genere, è una materia di pertinenza delle istituzioni centrali, dello Stato (c'è un decreto ministeriale che aggrava poi una legge nazionale).

È chiaro che, a livello centrale, esiste un indirizzo di coordinamento che poi le regioni mettono in pratica. Quindi, si ha un certo margine di azione che, nello specifico, potremmo studiare ancora meglio. Ciò che lo Stato dovrebbe fare è sancire quali siano i criteri *standard* operativi che, per esempio nel caso specifico delle vaccinazioni, forniscano una garanzia di qualità minima nel senso non solo che il bambino venga vaccinato ma anche che ciò avvenga avendo cura che il vaccino sia conservato in modo corretto e che il genitore sia informato dei rischi della vaccinazione. Come giustamente veniva ricordato, tutto ciò non sempre è segnalato.

È proprio materia dello Stato indicare quali siano i criteri *standard* del programma nazionale di vaccinazione, il quale sarà poi articolato nei vari programmi regionali. Così come ci dice quali

sono le coperture da raggiungere, lo Stato dovrebbe anche porre dei livelli operativi fattibili (nessuno richiede cose impossibili) che facciano percepire l'importanza di certi aspetti che vengono spesso trascurati.

Mi riallaccio così al discorso delle reazioni avverse. È chiaro che la vaccinazione, così come qualsiasi altro intervento, può avere degli effetti collaterali. Dobbiamo riconoscere che, forse, l'istituzione dell'obbligo vaccinale ha fatto un po' trascurare nell'operatore sanitario che offriva la vaccinazione l'idea di ottenere il consenso da parte del genitore. Se alla domanda sul perché bisogna vaccinare i propri figli si risponde che così è perché lo prescrive la legge, siamo lontani dal fare passi avanti, anzi ci troviamo di fronte ad un modo di ragionare un po' obsoleto (che ritengo ormai superato). È chiaro che dobbiamo cercare di far vaccinare la maggior parte dei bambini ma dovremmo riuscire a far ciò anche con il consenso dei genitori, convincendoli che vaccinare è meglio che non vaccinare (e gli argomenti in tal senso sono una miriade).

Il miglioramento dei programmi di vaccinazione include necessariamente il miglioramento della rilevazione degli eventi avversi che sono attribuibili alla vaccinazione. Tali eventi potrebbero verificarsi per un errore programmatico nel caso di una data specifica somministrazione (è il caso di un vaccino conservato male o di un operatore che commette un errore) oppure perché qualche prodotto presenta dei problemi e via dicendo. Insomma, è chiaro che il miglioramento dell'offerta vaccinale deve passare attraverso il miglioramento del programma.

Il programma non vuol dire solo vaccinare e basta, ma curare tutti questi aspetti. Ritengo che sia importante che ci sia un intervento forte da parte degli organi competenti per stabilire quali sono gli standard che ogni servizio di vaccinazione, in qualunque regione sia, deve rispettare. Questo potrebbe essere un messaggio chiaro per far capire quanto il Parlamento ritiene importante la questione delle vaccinazioni.

ANTONIO ROTONDO. Vorrei ringraziare la dottoressa Salmaso per la sua relazione, che è stata molto importante ed esauriente. Essa ha fatto emergere quali sono i veri problemi della vaccinazione e dell'infettivologia italiana. Mai come nel quadro delle problematiche relative alle malattie infettive si nota la difficoltà del rapporto tra politiche nazionali e regionali, che in altre materie è minore. Proprio quando si tratta di problemi relativi alle malattie infettive (dal momento che le infezioni non riescono, purtroppo, a comprendere i limiti territoriali delle regioni!), balza agli occhi di tutti questa grande difficoltà.

Lei giustamente parlava di programmi di vaccinazione, che non possono non considerare anche la qualità dei vaccini da usare. Faccio un esempio pratico: noi stiamo cercando di vaccinare tutti i bambini con la trivalente (morbillo, rosolia e parotite); però, mentre abbiamo ottimi risultati rispetto alla vaccinazione anti-morbillosa e antirosolia, per quanto riguarda la parotite riscontriamo notevoli difficoltà. Infatti, moltissimi bambini, pur vaccinati, rimangono affetti dall'infezione parotitica e questo evento forse è legato al tipo di ceppo che usiamo per la vaccinazione.

STEFANIA SALMASO, *Direttore del reparto malattie infettive — centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità*. Questo problema è stato risolto.

ANTONIO ROTONDO. Questo è un fatto importante.

Un altro aspetto mi è venuto in mente guardando il grafico della prima pagina della sua relazione, in cui vediamo che la vaccinazione contro *l'aemophilus influenzae* ha registrato un picco elevatissimo rispetto ai livelli del 1998, che erano molto bassi, addirittura superiore rispetto ai livelli di vaccinazione raggiunti con l'anti-morbillosa. Questo sta a dimostrare che, probabilmente, c'è una scarsa capacità di far comprendere l'importanza di alcune vaccinazioni e gli effetti negativi delle malattie che si vorrebbero debellare.

Forse, l'aver parlato di vaccinazione solo contro la meningite ha determinato una sensibilizzazione notevole della popolazione, che ha aderito ad un programma di vaccinazione in cui è prevista anche quella anti-HIB, continuando a sottovalutare, invece, i gravi rischi cui l'infezione morbillosa può dare luogo nei bambini.

Questo aspetto dovrebbe essere assolutamente potenziato nella predisposizione di un programma di vaccinazione. È necessario innanzitutto valutare la qualità dei vaccini, rispetto alla quale le chiedo come si deve intervenire, e in secondo luogo approfondire le problematiche dell'informazione rispetto a tali questioni, che non può che essere legata, a mio avviso, solo all'impegno delle regioni, ma dovrebbe partire dallo Stato, in modo da risolvere certi *gap* che abbiamo riscontrato.

STEFANIA SALMASO, *Direttore del reparto malattie infettive — centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità*. La ringrazio per le sue osservazioni (soprattutto quella sulla parotite) perché mi permettono di ricordare, ancora una volta, come le attività di vaccinazione non possono essere disgiunte dall'attività di sorveglianza della malattia che si vuole prevenire. Infatti, se si ragiona diversamente, i risultati sono totalmente fallimentari.

L'esempio al quale lei faceva riferimento era legato a un vaccino che circolava in Italia e che era stato scelto perché dava pochissimi effetti collaterali, ma che sul campo aveva dimostrato un'efficacia limitata, perché conteneva un particolare ceppo attenuato del virus della parotite che di fatto aveva una scarsissima efficacia clinica nel prevenire la malattia. Il vaccino era stato registrato negli anni settanta e rispondeva a tutti i criteri di allora per la registrazione formale. Negli altri Stati ci sono state segnalazioni di inefficacia, ma lo strumento attraverso il quale in Italia siamo riusciti a comprovare che tale vaccino non funzionava è stata la rete dei pediatri sentinella, che sono stati in grado di identificare l'epidemia enorme di paro-

tite ma anche il vaccino che era stato usato nella maggior parte dei casi.

Oggi come oggi, nel mercato italiano, esistono infatti vari prodotti commerciali. Se dobbiamo identificarne uno che non funziona, dobbiamo sapere dalle anagrafi vaccinali chi ha usato proprio quel vaccino. Inoltre, dobbiamo sapere quale vaccino ha utilizzato il soggetto affetto da parotite. È chiaro che queste attività non possono essere disgiunte. Infatti, in quel caso la rete dei pediatri sentinella, svolta come attività sperimentale da parte dell'Istituto, è stata l'elemento determinante per raccogliere le evidenze che provavano che quel vaccino non funzionava. Le evidenze portate dall'Istituto alla CUF hanno determinato l'immediata sospensione del prodotto.

Se non organizziamo un sistema che integri l'attività della sorveglianza della malattia con il monitoraggio della vaccinazione, non riusciremo a replicare questa esperienza, che è necessaria. Vacciniamo perché vogliamo prevenire le malattie. Se non abbiamo lo strumento per capire quanta malattia c'è, lo scopo di prevenzione non è raggiunto.

La necessità di un monitoraggio coordinato è ancora maggiore per identificare gli eventuali eventi avversi. È chiaro che nessuno esclude *a priori* che essi si possano verificare, ma sappiamo per certo che la loro frequenza è minima. Se la frequenza è minima e ragioniamo in ventuno realtà diverse, nessuno avrà mai una sufficiente collezione di dati per arrivare ad una conclusione. Ciò è noto anche a livello internazionale, per cui addirittura ci si unisce tra ricercatori e istituzioni di vari paesi perché gli eventi avversi sono troppo poco frequenti per capire effettivamente quanto siano solide certe segnalazioni. A maggior ragione, quindi, la sorveglianza degli eventi avversi deve avere un forte coordinamento centrale, perché l'autorizzazione all'immissione in commercio e la revoca sono centrali e anche il monitoraggio di quanto un prodotto è sicuro deve essere centrale. Questo è un aspetto importantissimo che va sottolineato.

È vero che l'aumento di frequenza dell'accettazione della vaccinazione contro l'*aemophilus influenzae* si è verificato perché c'è stata una maggiore percezione del problema, ma anche perché c'è stato un effetto di trascinamento in quanto l'industria farmaceutica ha messo a disposizione dei vaccini combinati in cui con un'unica iniezione si potevano assumere i vaccini obbligatori e anche quelli contro l'*aemophilus influenzae* di tipo B e la pertosse, che non sono obbligatori.

Ecco per quale motivo la vaccinazione contro l'*aemophilus influenzae* è aumentata, perché possiamo dire che è aumentata l'efficienza di somministrazione, ossia abbiamo ottenuto un risultato ottimo senza aver fatto un investimento *ad hoc*.

TIZIANA VALPIANA. Ho potuto leggere velocemente la sua relazione e ho sentito le sue risposte ai quesiti posti dai colleghi. Vorrei farle alcune domande.

Penso soprattutto ad una delle interessanti affermazioni fatte dalla dottoressa, in relazione alla necessità di aiutare o comunque spingere i pediatri affinché svolgano un lavoro per il consenso informato da parte dei genitori. Il motivo principale per cui sono decisamente contraria ad ogni obbligo vaccinale è esattamente questo: viviamo in un paese con una buona cultura media, o comunque con vastissime possibilità di informazione, per cui non vedo il motivo per compiere degli atti medici obbligatori quando invece è possibile, attraverso un lavoro di informazione e conoscenza sicuramente più approfondito culturalmente, lasciare la libertà ai cittadini di comprendere quel che fanno e di assumersi le proprie responsabilità.

Non capisco perché ancora si prosegua con un obbligo che trovo sicuramente superato, proprio stante la situazione economica e culturale del nostro paese. Anche perché credo che questo porterebbe i pediatri a svolgere meglio il loro lavoro. Credo che il lavoro da compiere relativamente ai pediatri di base nel nostro paese sia di avviare un approfondimento (con una conseguente miglior resa nel lavoro)

soprattutto nella loro relazione con i pazienti, i piccoli e quindi con i genitori; ma la strada da compiere è ancora molta. Una nostra azione al riguardo credo potrebbe risultare molto utile sia sull'aspetto della comunicazione e sul tempo dedicato ai singoli pazienti, sia dal punto di vista della sorveglianza e del monitoraggio, indispensabili se vogliamo comprendere meglio la situazione ma facendolo sulle evidenze scientifiche e non sui « sentito dire » che le vaccinazioni sono comunque un bene.

La nostra ospite sostiene che è necessario raggiungere una copertura vaccinale superiore al 95 per cento, quindi devo dedurre che quando fa riferimento ad una insufficiente o scarsa copertura vaccinale intenda il restante 5 per cento. Mi sembra invece che l'Organizzazione mondiale della sanità (e anche il dottor Greco qui ascoltato) faccia riferimento ad una percentuale sopportabile di persone non vaccinate pari al 10 o 15 per cento. Vorrei, se possibile, maggiori chiarimenti riguardo a questa discrepanza di dati.

Un'altra questione che vorrei sollevare è il suo cenno alla rosolia congenita, che sembrerebbe dal 1992 non più notificabile. Credo che questo meccanismo sia stato omesso in sede di revisione del sistema di notifica e pertanto ritengo che potrebbe rappresentare uno dei nostri prossimi impegni.

Nella documentazione consegnataci, la tabella che riguarda l'andamento della rosolia e della rosolia congenita in Campania riporta dei dati che partono solamente dal 1997. Vorrei sapere se sia possibile ottenere dati risalenti più in là nel tempo, ad esempio quando era in uso far contagiare di proposito dalla rosolia i bambini. Sarebbe interessante sapere se quella metodologia forniva risultati riguardanti la rosolia congenita molto diversi da quelli che fornisce attualmente la copertura vaccinale.

Abbiamo poi appreso dei casi di ricovero, ed in particolare dei tre decessi di bambini e di un adulto, verificatisi nel 2002 per casi di morbillo. Ricordo l'epidemia di polio del 1981, sempre in Campania ed in particolare a Napoli ...

STEFANIA SALMASO, *Direttore del reparto malattie infettive – centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità*. A quale epidemia si riferisce?

TIZIANA VALPIANA. In verità si trattava di una decina di casi ma, considerata l'epoca, mi sembra un numero comunque rilevante. Ricordo che i decessi, o i casi di danni collaterali gravissimi riguardanti bambini erano riferibili tutti a soggetti che non avevano avuto un allattamento al seno. Vorrei comprendere se nella vostra attività di indagine avete tenuto conto anche delle coperture anticorpali derivanti dall'allattamento al seno.

In merito al problema della gratuità delle vaccinazioni, considerato che vi sono vaccinazioni obbligatorie ed altre solo consigliate, mi chiedo se vi debba essere una distinzione tra le due tipologie. O trattiamo tutte le vaccinazioni nello stesso modo o si dà luogo a delle differenziazioni. Questo a mio avviso dovrebbe far sì che tutte le vaccinazioni siano gratuite ma non obbligatorie, anche se ciò potrebbe essere interpretato in maniera non corretta.

Nei giorni scorsi sono apparse sulla stampa le dichiarazioni di rappresentanti della Società italiana di pediatria in merito alla vaccinazione antinfluenzale. Ho predisposto già una interrogazione parlamentare sull'argomento ma vorrei ora comprendere da quali dati e su quali motivazioni si basa questa scelta della Società italiana di pediatria. Vorrei sapere se vi è un accordo di base, considerato che se questo appello venisse ascoltato il ministero non avrebbe a disposizione le dosi di vaccino sufficienti. Rilevo una discrepanza tale tra l'invito rivolto ai genitori ad eseguire le vaccinazioni e la disponibilità di dosi di vaccino nelle ASL. Non dico che sia una cosa da « repubblica delle banane » ma comunque è una manifestazione di poca coerenza per il nostro paese.

STEFANIA SALMASO, *Direttore del reparto malattie infettive – centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità*. In merito al lavoro da realizzare

nei confronti dei pediatri, onorevole Valpiana, con me sfonda una porta aperta. La rete sentinella dei pediatri (Spes) è stata promossa e organizzata dall'Istituto superiore di sanità proprio con l'intenzione di coinvolgere i medici pediatri rilevando malattie che loro dovrebbero in qualche modo aiutare a prevenire, e quindi farli rendere conto dell'efficacia e dell'utilità delle vaccinazioni.

Per quanto riguarda l'obbligo della vaccinazione è evidente che la prevenzione coatta generi fastidi, ma per rinunciarvi è necessario essere maturi e non è detto che tale maturità sia stata da noi raggiunta, altrimenti non esisterebbe questa differenza sostanziale tra vaccinazioni raccomandate ed obbligatorie. È la stessa situazione dell'uso delle cinture di sicurezza in automobile. Sappiamo perfettamente che, in caso di incidente, ciò può salvare la vita, ma senza la sanzione della diminuzione dei punti della patente non la metteremmo. Rammento al riguardo la frase « sarebbe bello quel popolo che non ha bisogno di eroi ». È importante sapere come comportarsi.

Riguardo alla quota da raggiungere dei non vaccinati, se vi sono forti motivazioni per cui un soggetto viva in maniera decisamente negativa la vaccinazione del proprio figlio, come ad esempio motivazioni religiose, l'obbligo può arrivare fino ad un certo punto e si può anche decidere di non esercitarlo. Però, da un punto di vista puramente tecnico, la proporzione di soggetti che la nostra società può tollerare in senso epidemiologico, lasciandoli suscettibili, dipende dal grado di contagiosità dell'infezione considerata. Non esiste una quota uguale per qualsiasi infezione. Nel caso del morbillo esiste un parametro statistico epidemiologico (chiamato R con zero), che si usa nei modelli matematici: è il tasso di riproduzione dei casi che misura quanto sia contagiosa una malattia, cioè quanti soggetti sono infettati da un caso, se introdotto quando esso è contagioso, in una popolazione di suscettibili. Nel caso del morbillo questo parametro è uguale a 16, il che significa che, se in una

popolazione non abbiamo almeno il 95 per cento di immuni, il morbillo riuscirà a sopravvivere.

Vi è anche una considerazione generale per queste malattie a trasmissione interpersonale, come il vaiolo o la polio. Se fossero vaccinate molte persone, il virus, che vive soltanto nell'uomo, si estinguerrebbe, in quanto non troverebbe un altro suscettibile a portata di contagio in cui sopravvivere.

Quindi, si assume che il 95 per cento sia la proporzione minima di soggetti immuni, ma anche che esso sia distribuito in modo omogeneo in una popolazione, altrimenti, se esso fosse mal distribuito, la concentrazione di suscettibili in uno stesso luogo manterrebbe l'infezione. Non si tratta soltanto di teoria, perché in Olanda, negli anni passati, un gruppo religioso che rifiutava le vaccinazioni ha subito una epidemia di polio con una decina di morti, esportandola anche nel Nord America, dove avevano contatti diretti. Inoltre, in una società fortemente immunizzata la malattia infettiva contro cui quasi tutti sono vaccinati finisce per colpire i più deboli, ossia coloro che non hanno potuto essere vaccinati, perché avevano malattie per cui era controindicata la vaccinazione.

Sul discorso di equità sull'accesso vi sono diverse argomentazioni da considerare, che fanno parte della coscienza sociale. La proporzione di soggetti che possono rimanere suscettibili non è uguale per tutte le infezioni. Dipende dalla gravità dell'infezione e soprattutto da quale sia l'obiettivo che intendiamo raggiungere. Per la polio l'obiettivo è eradicare il virus e quindi tra dieci o 15 anni non vaccinare più nessuno, così come è accaduto per il vaiolo. Anche per il morbillo l'obiettivo è eradicare il virus.

È difficile dire quanti suscettibili sia possibile lasciare; certamente non abbiamo la pretesa di arrivare al 100 per cento dei vaccinati, ma è comunque necessario raggiungere un'alta percentuale. Non si tratta soltanto del bene individuale ma di quello della collettività che protegge i più svantaggiati.

Per quanto riguarda la protezione derivata dall'allattamento al seno, senz'altro si tratta di una situazione da promuovere, ma non è vero che allattare protegga dalle malattie infettive. Esistono studi per vari tipi di infezione e risulta che il bambino non riceve anticorpi da parte della madre che proteggano da tutte le infezioni. La mia esperienza diretta di ricercatore riguarda la pertosse, malattia molto pericolosa se acquisita nel primo anno di vita: ebbene in questo caso gli anticorpi della madre non proteggono minimamente il bambino.

Inoltre, allo stato attuale le madri che arrivano ad avere il primo figlio sono soggetti vissuti con meno esposizione alle malattie infettive, essendo migliorata la qualità della vita, ed è aumentato il numero delle donne madri ancora suscettibili e quindi non possono neanche indirettamente proteggere il bambino.

Il divario tra le vaccinazioni obbligatorie e quelle raccomandate deve essere, secondo noi, completamente superato, perché offrire le vaccinazione deve rappresentare un elemento in più per la salute del bambino. È necessario, quindi, mettere a punto tutti quegli strumenti che dotino, non soltanto i pediatri, ma anche il personale dei servizi vaccinali (normalmente a contatto con i familiari) delle motivazioni che rendono le vaccinazioni necessarie.

Per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale, non sono a conoscenza delle motivazioni che hanno spinto la Società italiana di pediatria a questa dichiarazione, ovviamente non concordata con l'Istituto superiore di sanità. Da anni l'Istituto ha un sistema di sorveglianza sentinella con i medici di medicina generale, che inviano dati settimanalmente. Naturalmente i soggetti che si ammalano di più, nel nostro paese, di sindrome influenzale, durante la stagione influenzale, sono soprattutto i bambini. L'offerta odierna di vaccinazione è soprattutto prioritariamente incentrata alle popolazioni a rischio, cioè i soggetti ultrasessantacinquenni. Esiste una circolare del Ministero della salute presente sul sito del Ministero,

che lo espone chiaramente. Non è necessario vaccinare i bambini, anche se la promozione della vaccinazione può comunque essere realizzata. Certamente non è lo Stato a comprare le dosi di vaccino, ma le singole ASL. Per realizzare il vaccino antinfluenzale servono circa 35 settimane. Il mercato delle vaccinazioni antinfluenzali assorbe circa 12 milioni di dosi, mentre gli anziani sono circa 10 milioni.

TIZIANA VALPIANA. Hanno detto una cosa non vera?

STEFANIA SALMASO, *Direttore reparto malattie infettive – centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto superiore di sanità*. Non so cosa hanno detto esattamente e di quale scorta stessero parlando. Comunque non è quanto scritto sul sito del Ministero della salute e quanto affermato dall'Istituto superiore di sanità.

PRESIDENTE. Dottoressa, lei ha parlato, tra l'altro, della cattiva conservazione dei vaccini. Vi sono pediatri che praticano la vaccinazione con una scarsa garanzia di corretta conservazione. Questa situazione deve essere perseguita solo attraverso la ASL oppure potrebbe diventare oggetto di un atto parlamentare o di un intervento dell'Istituto superiore di sanità?

È una situazione la cui motivazione è nota: la vaccinazione nella ASL è gratuita, diversamente da quella che si svolge al di fuori. In modo particolare, quando si tratta di bambini, la fiducia che si stabilisce tra la mamma e il medico è un elemento scatenante di una certa prassi. Può fornirci qualche suggerimento in merito a questo aspetto?

PIERA CAPITELLI. Mi associo ai ringraziamenti nei confronti della dottoressa, la cui esposizione è stata assolutamente convincente per quanto mi riguarda, soprattutto laddove ha descritto il rapporto tra vaccinazione obbligatoria e consigliata, facendo pendere la bilancia nel senso di mantenere alcune vaccinazioni come obbligatorie. Un tale orientamento mi trova

assolutamente d'accordo, anche se capisco che il ragionamento deve essere molto più articolato e comprendere altre sfaccettature, come già detto dalla collega Valpiana.

Quando ero dirigente scolastico, mi sconvolse, abbastanza favorevolmente, la notizia che l'iscrizione a scuola non doveva più essere condizionata dalle vaccinazioni e la cosa mi rese particolarmente felice. La scuola deve essere il primo luogo in assoluto di accoglienza per un bambino e costituisce una vera e propria emergenza. Non vorrei che nelle scuole si tornasse alla certificazione obbligatoria in mancanza della quale non era possibile iscriversi, tuttavia mi domando quali siano gli altri possibili luoghi di controllo affinché tali vaccinazioni possano essere verificate a tappeto. Ci sono altri strumenti — e in tal caso — come possono essere attivati?

Al di là delle considerazioni svolte in premessa, ritengo che sia importante quanto è stato sottolineato dalla dottoressa: bisogna darsi degli obiettivi per arrivare, poi, ad abbandonare l'obbligatorietà.

Ritengo che l'impegno per convincere a vaccinare, così come a controllare che tale vaccinazione sia stata effettivamente praticata, sia prova di una campagna di grandissima civiltà.

STEFANIA SALMASO. *Direttore del reparto malattie infettive — centro nazionale di epidemiologia dell'istituto superiore di sanità.* Il primo punto riguarda la cosiddetta catena del freddo. I vaccini sono prodotti biologici e vengono preparati per essere poi conservati refrigerati secondo certe scadenze e limiti. Ciò vuol dire che, durante tutto il periodo (produzione, inscatolamento, infialamento, somministrazione) dovrebbero essere mantenute determinate condizioni secondo quanto prescritto dalla Organizzazione mondiale della sanità con la catena del freddo (si deve insomma assicurare in tutti i passaggi la qualità).

Il mantenimento della catena del freddo e la capacità di capire l'esistenza di questa esigenza fa parte della cultura

dell'operatore sanitario ma, secondo me, dovrebbe far parte anche di quei criteri *standard* di qualità del programma di vaccinazione che abbiamo già ricordato e che dovrebbero essere enunciati come punti fondamentali dello stesso.

Nonostante i vaccini siano prodotti biologici che devono essere tenuti refrigerati e via dicendo, essi sono concepiti per essere resistenti anche in determinate condizioni. Per fare un esempio recente, il giorno dopo il *black out* nazionale siamo stati tempestati di telefonate (di coloro che sono riusciti in qualche modo a chiamarci, perché anche il centralino telefonico era andato fuori uso). Alle due del pomeriggio circa, abbiamo immesso sul sito Internet a noi accessibile un foglio con le indicazioni relative al mantenimento e utilizzo dei vaccini (che erano stati soggetti a *black out*) a seconda della registrazione della temperatura (di partenza e di quella alla quale erano arrivati).

Tuttavia, abbiamo trovato preoccupante che, secondo alcuni operatori sanitari di ASL, a frigorifero chiuso, la domenica, i vaccini erano andati a 21 gradi di temperatura: ciò significa che le guarnizioni di quei frigoriferi non erano in condizioni ottimali! Altri hanno riferito addirittura di non essere in grado di misurare la temperatura dei vaccini in loro possesso perché, incredibilmente, non disponevano di un termometro.

Tutto ciò fa parte del discorso relativo agli *standard* che, centralmente, dovrebbero essere posti per garantire la qualità del programma vaccinale.

Il giorno dopo il *black out*, abbiamo fornito le indicazioni del caso basandoci su criteri che erano stati già predisposti dall'Organizzazione mondiale della sanità e utilizzati in altri paesi come l'Africa (dove certamente non stanno meglio di noi).

Quindi, c'è una certa tolleranza, tuttavia bisogna avere la percezione che, effettivamente, non si devono superare certe disposizioni di tempo e temperatura. Il singolo medico che tiene il vaccino nel proprio studio molto spesso lo fa per conto dell'ASL.

Ad esempio, per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale, dobbiamo vaccinare 10 milioni di ultrasessantacinquenni in poche settimane e, per questo motivo, molte ASL si appoggiano ai medici di base, essendo questo il modo migliore per raggiungere tutta la popolazione.

Soluzioni come quella descritta, molto spesso, favoriscono l'efficacia del programma vaccinale. Il medico, però, deve a sua volta dimostrare di avere gli strumenti giusti per conservare il vaccino ed essere pronto a qualsiasi evento avverso immediato.

Per questo motivo, in tutte le sedi dove vengono effettuate delle vaccinazioni è previsto un *kit* medico da tenere a disposizione, provvisto di strumentazioni utili in caso che si verifichi l'unico evento veramente terribile che potrebbe darsi a breve, dopo la somministrazione, cioè uno *shock* anafilattico.

Quindi, di fatto, la catena del freddo fa parte di questi criteri sui quali bisogna costruire ancora un po' di cultura. Il filtro scolastico era un ottimo strumento per poter ricordare alle famiglie che dovevano sopperire in qualche modo alla protezione vaccinale dei loro figli, se ancora non l'avevano fatto.

L'atto congiunto del Ministero della pubblica istruzione e del Ministero della salute, che ha disgiunto tale obbligo, in quanto si trattava di due diritti primari, quello alla salute e quello all'istruzione, di fatto, risponde ad una esigenza di principio. Tuttavia, è venuta meno un'esigenza organizzativa, dovuta alla perdita delle cosiddette «occasioni opportune». Chi promuove i programmi di vaccinazione sa che deve offrire il vaccino non solo quando ciò è previsto per legge ma anche in tutte le occasione opportune. Pertanto, bisogna reiterare l'offerta vaccinale in tutte quelle occasioni come l'ingresso a scuola senza che ciò costituisca un vincolo per la frequentazione: deve trattarsi di un'offerta.

Da questo punto di vista, bisogna quindi promuovere le occasioni opportune per i genitori che si trovano in qualsiasi altro contesto. Il programma vaccinale

non deve essere limitato semplicemente al servizio di vaccinazione o al pediatra ma presentare degli agganci con altri aspetti della salute: per esempio, il programma di prevenzione per la rosolia congenita dovrebbe avere l'avallo e l'appoggio degli ostetrici perché se una donna arriva al parto, non ha contratto la rosolia durante quella gravidanza ma è ancora suscettibile, essa va vaccinata immediatamente subito dopo il parto per prevenire che, successivamente, possa correre il rischio di avere un bambino affetto da rosolia congenita.

Deve esservi una rete di contatti che permetta di aumentare le occasioni opportune di offerta vaccinale e, quindi, le occasioni nelle quali il comune cittadino possa utilizzare tale strumento di prevenzione.

ALESSANDRO DE FRANCISCIS. Vorrei svolgere alcune considerazioni. Innanzitutto, credo che con la partecipazione della dottoressa Salmaso e i due interventi della settimana scorsa, del professor Guarino e del professore Giammanco, abbiamo tutti gli elementi per iniziare a ragionare su questo tema. Ritengo che la nostra intuizione di dedicare una parte del tempo di questa Commissione al tema della salute dei bambini si sia dimostrata determinante.

Non so se nel prosieguo dei lavori si riterrà di invitare qui ancora una volta l'Istituto superiore di sanità e la dottoressa Salmaso. Ma vorrei fin d'ora chiederle di impegnarsi per conto del reparto malattie infettive del laboratorio dell'Istituto a redigere, entro trenta giorni, una proposta o uno schema che stabilisca i criteri operativi standard. Mi pare che dalle diverse domande che le sono state poste è stata dimostrata un'apertura assolutamente non pregiudiziale a dare un contributo come Parlamento, affidandoci e fidandoci dei tecnici che fanno questo lavoro tutti i giorni. Se entro un mese — perché so bene quali sono i ritmi con i quali lavorate anche voi — potessimo avere una proposta di un paio pagine su quelli che voi ritenete i criteri operativi, che diventino la proposta ufficiale dell'Istituto superiore di sanità

nei confronti di questa indagine conoscitiva, con l'aiuto di consulenti e con il vaglio dei commissari potremmo estrapolare alcune indicazioni.

La questione della catena del freddo, che la presidente ha fatto emergere con la sua domanda, è fondamentale. Si tratta di minimi requisiti che il Parlamento potrebbe stabilire. Lo stesso discorso vale per la questione, che ha sottolineato la collega Valpiana, della notifica dei casi di rosolia congenita e/o della copertura vaccinale contro la rosolia.

In secondo luogo, è emersa oggi, oltre ad una serie di dati sulla questione delle vaccinazioni usualmente praticabili ai bambini (sia quelle ancora impropriamente chiamate obbligatorie, sia quelle consigliate), anche la questione di alcune vaccinazioni ancora poco conosciute, tra le quali quella contro l'influenza. Ma ve ne sono altre.

Inoltre c'è un equivoco nell'opinione pubblica: il vaccino di cui ha parlato la dottoressa Salmaso esiste e impropriamente è chiamato anti-meningite dalla gente, ma in realtà è un vaccino contro l'*aemophilus influenzae*, che non è un virus ma un batterio. C'è un problema di informazione, che non ha niente a che fare con l'influenza. Dal momento che a breve termine vi sarà l'audizione del presidente della Società italiana di pediatria (il neo-letto professor Saggese) e del presidente della Federazione italiana dei medici pediatri di base, credo che potremo attrezzarci per predisporre fin da ora una griglia di domande per avere da loro una serie di risposte sia sulle vaccinazioni obbligatorie sia su quelle consigliate.

Infine, per quanto riguarda gli incentivi, io non solo accolgo ma aderisco a questa impostazione. Poi, magari, alla collega Valpiana racconterò gli ultimi venticinque anni della mia vita, che ho speso tra battaglie per l'allattamento al seno, per limitare le prescrizioni di farmaci che non servono e per un'alimentazione corretta dei bambini. Siamo totalmente d'accordo su questi aspetti.

Quando parlavo di incentivazione non pensavo alla questione del denaro. Imma-

ginavo, invece, come peraltro già è stato fatto nei Paesi Bassi addirittura venticinque anni fa, di trovare altre forme di incentivazioni per portare il medico, libero professionista o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, a collaborare per sopperire a ciò che è emerso ancora oggi — non credo che i nostri ospiti si siano accordati tra di loro — ossia la mancanza di informazione e la carenza di collegamento tra le regioni. Per esempio, per quanto riguarda la formazione permanente, ci sono dei punteggi che vengono attribuiti per l'aggiornamento professionale continuo. Ritengo che un medico che collabori in modo misurabile alla rilevazione dell'incidenza di alcune malattie infettive nel paese vada incentivato. Gli altri in qualche modo saranno invece penalizzati sul controllo della qualità. Credo che su questo aspetto potremmo già guardare alla prossima audizione con una certa fiducia, perché ritengo che sia stato avviato un buon lavoro.

STEFANIA SALMASO, *Direttore del reparto malattie infettive — centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità*. Tutti abbiamo riconosciuto che il problema degli incentivi è un fatto culturale. Perché un medico non notifica? Perché per lui mandare una notifica significa mandarla ad un buco nero dello spazio. Quando le decisioni vengono prese senza guardare i dati, perché questi sono troppo vecchi, è chiaro che la percezione dell'utilità di un atto, di cui farebbe volentieri a meno, non esiste. L'incentivazione per il medico nasce dal fatto di avere un ritorno di informazione, che gli serva in tempi utili per capire cosa abbiamo fatto con il dato che ci ha fornito. A maggior ragione ci vuole un coordinamento che assicuri che l'informazione raccolta sia letta ed interpretata, perché il dato diventa informazione solo quando qualcuno capisce cosa vuol dire. Serve però qualcuno che lo faccia. Mi permetto di ricordare che questo non può essere fatto in venti regioni diverse, in tempi e secondo criteri diversi, perché altrimenti

quello che deve essere un unico messaggio diventa ventuno messaggi diversi.

Noi siamo totalmente d'accordo sul fatto, per esempio, di fare leva anche sulle ECM, che è l'unica cosa che noi dell'Istituto possiamo offrire, non potendo offrire nient'altro. A chi partecipa alle nostre reti possiamo fornire l'aggiornamento. Questo impone che le ECM funzionino con i corsi a distanza, perché non posso obbligare ogni mese 600 pediatri che trasmettono i dati sul morbillo, varicella, eccetera, via Internet, a venire a Roma a un corso faccia a faccia per poter acquisire i crediti.

Noi mettiamo a loro disposizione gli strumenti *ad hoc* attraverso i quali si aggiornano, però le ECM e i corsi a distanza non sono ancora partiti. Questo è un altro aspetto da sottolineare.

PRESIDENTE. Questo problema potrebbe essere risolto dal Parlamento con un atto di indirizzo.

STEFANIA SALMASO, *Direttore del reparto malattie infettive – centro nazionale di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità*. I *provider* di queste informazioni e dell'educazione dovrebbero essere istituti qualificati, non solamente commerciali.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Salmaso per il suo intervento. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.30.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la stampa
il 20 ottobre 2003.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

